

c 186

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

CURSO DE MEDICINA

TUBERCULOSE ANO-RETAL

ESTUDO DE 8 CASOS

Junho - 1989

AUTORAS: Maria Bernardino Corrêa *
Rosane Porto Seleme Heinzen *

ORIENTADOR: Dr. Armando D'Acampora **
Dr. Felipe Felício **

* Doutorandas da 12. Fase de Medicina.

** Membros do Serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário.

Agradecemos aos cirurgiões do Serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário.

Em especial agradecemos ao Dr. Felipe Felício e Dr. Othmar Bauer, pelo incentivo e orientação dispensadas.

SUMARIO

Resumo	4
Introdução	6
Casuística e Métodos	8
Resultados	10
Discussão	19
Conclusão	26
Summary	27
Anexo	29
Referência Bibliográfica	31

RESUMO

Foram estudados 8 pacientes com tuberculose (TB) ano-retal, avaliando-se o quadro clínico, critérios diagnósticos, frequência de TB pulmonar associada, tipo macroscópico da lesão e tratamentos clínico e cirúrgico.

Houve predomínio do sexo masculino (3:1) e a idade esteve acima dos 38 anos na maioria dos pacientes com TB anal, e foi de 33 e 38 anos na TB retal.

A dor ao evacuar foi o sintoma mais frequente da forma anal, e a dor abdominal, náuseas, vômitos e emagrecimento predominaram na retal.

Foi realizado pesquisa de BAAR no escarro (50,0%), biópsia (25,0%), exame histológico do trajeto fistuloso (50,0%), trânsito do delgado (37,5%), enema opaco (50,0%), prova intradérmica de Mantoux (100,0%) e raio-X simples de tórax (100,0%).

A TB pulmonar estava associada em 62,5%.

O exame macroscópico revelou 1 caso de TB retal ulcerativa e outro de úlcero-hiperplástica. Todos os casos de TB anal foram do tipo ulcerativo.

A confirmação diagnóstica foi feita pela resposta ao tratamento quimioterápico específico em 100,0% dos casos.

O tratamento cirúrgico foi realizado nos 4 pacientes por-

tadores de fístula anal.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) acompanha o homem desde a pré-história. Suas lesões características foram encontradas em múmias, incas e índios americanos antes de Colombo ²².

É uma doença infecto-contagiosa, de caráter endêmico no Brasil e produzida pelo Mycobacterium tuberculosis, algumas vezes o M. bovis e raramente por outras micobactérias ¹⁴. Identificado por Robert Koch em 1882, recebeu a denominação de bacilo de Koch. Sua propriedade básica é corar-se pela carbolfucsina e resistir à descoloração por álcool e ácidos, portanto chamado de bacilo álcool-ácido-resistente (BAAR) ^{12,22,23}.

A via natural e dominante é a respiratória (gotículas de flügge) eliminadas pela tosse e inaladas ¹⁴. A segunda via de eleição é a digestiva, através da ingestão de alimentos contaminados como o leite e a carne. Em 1883 Lichtheim demonstrou a presença dos bacilos nas fezes ¹².

A TB intestinal é uma infecção primária ou secundária à pulmonar e localiza-se na maioria das vezes na submucosa do segmento íleo-ceco-cólico com adenopatia mesentérica ¹². O acometimento anorectal é raro ^{1,4,15}.

Quando o bacilo penetra no organismo humano pela primeira vez produz uma série de fenômenos patológicos; ao nível de porta de entrada ocorre a formação de lesão característica chamada de nódulo de Gohn. As lesões propagam-se ao longo das vias linfáticas, detendo-se no gânglio linfático regional formando a adenopatia satélite. O conjunto de nódulo de Gohn e adenopatia satélite ligados pela linfangite

que os reúne, é o chamado complexo primário 12,22,23. Nessa fase inicial pode ocorrer a reabsorção do processo ou sua transformação (lesão produtiva), com disseminação por via hematogênica e principalmente linfática, para o órgão primeiramente contaminado ou outros órgãos, caracterizando a disseminação miliar ou o estágio secundário 12,22,23.

Só mais recentemente os conhecimentos tisiológicos estratificaram-se e tornaram-se especialidade médico-cirúrgica. Nesse conjunto de conhecimentos ocorreu nos últimos anos uma revolução produzida pela quimioterapia específica com a descoberta da estreptomicina em 1944 (Waksman) mudando o destino da doença com redução significativa de seu índice de infecção 12,17.

Esse trabalho tem como objetivo analisar os casos de TB ano-retal atendidos no Serviço de Coloproctologia do Hospital de Caridade e Hospital Universitário, no período de outubro/1973 à junho/1989.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foi realizado estudo retrospectivo de 8 pacientes com TB ano-retal atendidos no Serviço de Coloproctologia do Hospital de Caridade e Hospital Universitário, na cidade de Florianópolis, no período de outubro/1973 à junho/1989.

Este estudo foi realizado através do preenchimento da ficha de coleta de dados apresentada em anexo. Foram considerados sinais e sintomas de TB pulmonar e intestinal, estando incluída nesta última a TB ano-retal. A confirmação diagnóstica foi feita pela presença de resposta à quimioterapia antituberculosa.

No raio-X de tórax considerou-se sinais de TB pulmonar ativa a presença de infiltrado pulmonar, principalmente em lobo superior e com localização periféria em relação ao hilo, cavitações, tuberculomas e gânglios hilares aumentados de volume. Suspeitou-se de seqüela de TB quando havia parênquima pulmonar apresentando traves fibrosas, com ou sem retração do lobo comprometido.

Outras porções do trato digestivo foram consideradas comprometidas quando no trânsito do delgado ou enema opaco encontrava-se enchimento incompleto do íleo terminal e ceco, irregularidades da luz intestinal por presença de múltiplas úlceras, ou fibrose provocando falhas de enchimento. Considerou-se ainda, sinal de Stierlin, caracterizado por falta de enchimento do ceco e/ou colon ascendente, com íleo terminal cheio após ingestão de refeição baritada, indicando condição úlcero-espástica. Pode ocorrer dilatação do intestino delgado e retardo no seu esvaziamento devido à semi-obstrução ou obstrução.

Na leitura da prova intradérmica de Mantoux, realizada pela injeção de 0,1ml de solução de tuberculoproteína, seja tuberculina de Koch (prova de Mantoux) ou PPD (derivado proteico purificado do bacilo de Koch), e lida 48 a 72 horas mais tarde, considerou-se área de endureção da reação intradérmica de até 4mm como não reator, entre 5 e 9mm como reator fraco e com mais de 10mm como reator forte.

RESULTADOS

Foram estudados 8 pacientes portadores de TB ano-retal. Houve predomínio do sexo masculino (3:1), sendo que a idade foi de 33 e 38 anos na TB retal e predominou acima dos 38 anos na TB anal. Com relação à raça, 7 pertenciam à branca e 1 à negra. Todos eram procedentes do Estado de Santa Catarina.

TABELA I - TB ano-retal segundo idade, sexo e raça.

Diagnóstico	N. do Caso	Idade	Sexo	Raça
TB Retal	1	38	M	B
	2	33	M	B
TB Anal	3	18	M	N
	4	38	F	B
	5	49	M	B
	6	59	M	B
	7	65	M	B
	8	76	F	B

Dos sinais e sintomas apresentados, a dor ao evacuar foi o dado mais freqüente nos casos de TB anal (62,5%), já na TB retal predominou a dor abdominal, náuseas, vômitos e emagrecimento, cada um incidindo em 25,0% dos casos (Tabela II). Não houve descrição de massa palpável, mal estar pós-prandial, distensão local, sudorese noturna ou peristalse visível.

TABELA II - Frequência dos sinais e sintomas da TB ano-retal.

Sinais e Sintomas	Anal		Retal		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%
Dor ao Evacuar	5	62,5	-	-	5	62,5
Emagrecimento	2	25,0	2	25,0	4	50,0
Astenia	2	25,0	1	12,5	3	37,5
Dor Abdominal	1	12,5	2	25,0	3	37,5
Diarréia	2	25,0	1	12,5	3	37,5
Muco nas Fezes	2	25,0	-	-	2	25,0
Enterorragia	1	12,5	1	12,5	2	25,0
Febre	1	12,5	1	12,5	2	25,0
náuseas/Vômitos	-	-	2	25,0	2	25,0
Anorexia	1	12,5	1	12,5	2	25,0
Hematoquesia	1	12,5	-	-	1	12,5
Alternância de Consti- pação e Diarréia	1	12,5	-	-	1	12,5
Ascite	-	-	1	12,5	1	12,5
Tosse	-	-	1	12,5	1	12,5

O tempo de sintomatologia variou de 2 meses à 1 ano nos abscessos perianais, 3 meses à 2 anos nas fístulas anais, 8 anos no caso de abscesso e fístula associados, e de 3 semanas à 1 mês nos casos de TB retal (Figura 1).

TABELA III - Apresentação dos exames efetuados segundo número de casos que realizaram e resultados dos mesmos.

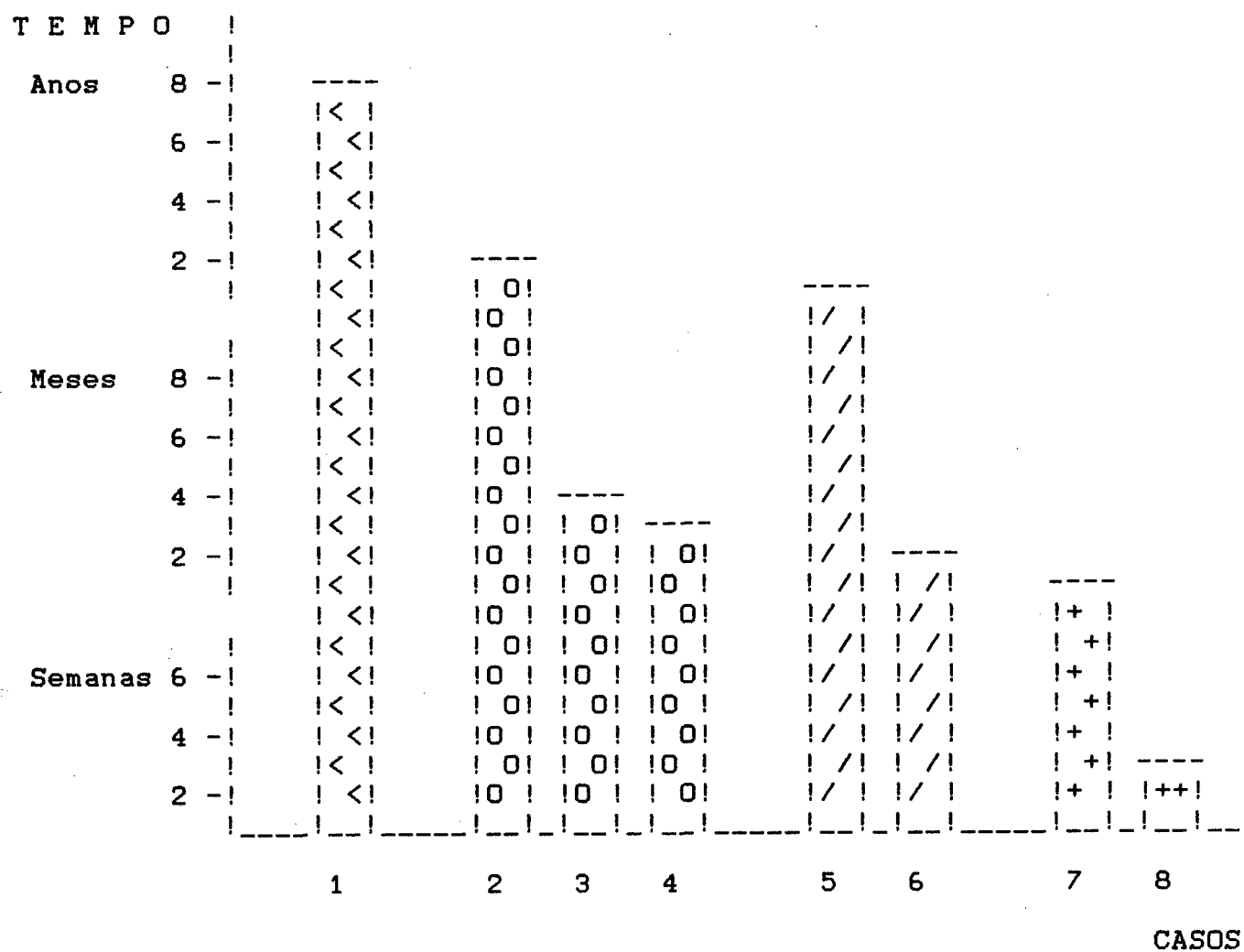
Exames	N. Casos que Realizaram	Alterado		Não Alterado	
		N.	%	N.	%
Pesquisa BAAR no Escarro	4	3	75,0	1	25,0
Pesquisa BAAR na Secreção Anal	4	2	50,0	2	50,0
Biópsia	2	2*	100,0	-	-
Exame Histológico do Trajeto					
Fistuloso	4	4**	100,0	-	-
Trânsito do Delgado	3	1	33,3	2	66,7
Enema Opaco	4	2	50,0	2	50,0

* Em 1 caso encontrado processo granulomatoso sem BAAR (caso de fístula), e no outro, processo inflamatório no ceco (caso de TB retal).

** Encontrado granulomas sem BAAR.

Quanto aos exames diagnósticos, a pesquisa de BAAR no escarro foi realizada em 4 casos, sendo positiva em 3 (75,0%), e 4

FIGURA 1 - Tempo de sintomatologia.



<< - Abscesso e fístula anal

oo - Fístula anal

// - Abscesso anal

++ - TB retal

fizeram pesquisa de BAAR na secreção anal, havendo positividade em 2 (50,0%). O trânsito do delgado foi realizado em 3 casos, encontrando-se anormalidades em 1 (33,3%). Dos 4 pacientes que fizeram enema opaco, 2 mostraram alterações (50,0%). A biópsia foi realizada em 2 casos, e o exame histológico do trajeto fistuloso (pós-fistulectomia) em 4, todos mostrando alterações (100,0%).

A prova intradérmica de Mantoux foi realizada em 7 pacientes, apresentando-se com halo de mais de 5mm em 4 (57,1%) (Tabela IV).

TABELA IV - Resposta da prova intra-dérmica de Mantoux (PIM).

Resposta à PIM	N. de Casos	%
0 à 4mm	3*	42,9
5 à 9mm	1	14,2
mais de 10mm	3	42,9

* Um paciente com fístula anal, outro com fístula e abscesso perianal, e outro com TB retal com comprometimento peritoneal e de demais porções do tracto digestivo.

Houve um predomínio de comprometimento anal, ocorrendo 2 casos de abscesso perianal (25,0%), 3 casos de fístula anal (37,5%) e 1 caso de abscesso e fístula anal (12,5%). A TB retal ocorreu em 2 pacientes (25,0%) (Tabela V).

TABELA V - TB ano-retal segundo sua forma de apresentação diagnóstica.

Diagnóstico	N.	%
Abscesso Perianal	2	25,0
Fístula Anal	3	37,5
Abscesso e Fístula Anal	1*	12,5
TB Retal	2**	25,0

*A fístula foi recidiva; a primeira ocorreu há 20 anos.

**Em ambos houve comprometimento de demais porções do trato digestivo.

Todos os pacientes realizaram raio-X simples de tórax, sendo que 4 (50,0%) apresentaram TB pulmonar ativa, e dos 4 normais, 1 mostrou lesão escavada em ápice esquerdo na tomografia linear. Portanto, 5 pacientes (62,5%) apresentaram TB pulmonar ativa e em 3 não foi demonstrado lesão pulmonar. Nenhum caso mostrou seqüela pulmonar (Tabela VI).

TABELA VI - Presença de associação de TB pulmonar no raio-X de tórax.

Diagnóstico	Raio-X				N. de Casos	
	TB Ativa		Normal			
	N.	%	N.	%	N.	%
Abscesso Perianal	1	12,5	1*	12,5	2	25,0
Fístula Anal	1	12,5	2	25,0	3	37,5
Abscesso e Fístula Anal	1	12,5	-	-	1	12,5
TB Retal	1	12,5	1**	12,5	2	25,0
Total	4	50,0	4	50,0	8	100,0

* Tomografia linear evidenciou lesão escavada em ápice esquerdo.

** Paciente com derrame pleural sem comprometimento do parênquima pulmonar.

Nos 2 pacientes com TB retal encontrou-se comprometimento de demais porções do trato digestivo, sendo de colon ascendente, descendente e ceco em um caso, e de intestino delgado, grosso, fígado e vesícula no outro, no qual houve comprometimento peritoneal. No primeiro caso havia TB pulmonar ativa, e no segundo o raio-X evidenciou derrame pleural sem lesão pulmonar.

Com relação à macroscopia das lesões na TB retal, o primeiro caso foi de hiperplástica e o segundo de úlcero-hiperplástica. Na TB anal todos os 6 casos foram do tipo ulcerativo.

Todos os pacientes foram submetidos à quimioterapia (QT) antituberculosa, sendo mais freqüente o uso da hidrazida, rifampicina e pirazinamida (25%) ou isoniazida, etambutol e estreptomicina (25,0%) (Tabela VII).

TABELA VII - Frequência dos esquemas quimioterápicos usados.

Quimioterápicos	N. de Casos	%
Isoniazida + Rifampicina + Etambutol	1	12,5
Isoniazida + Rifampicina + Pirazinamida	1	12,5
Hidrazida + Rifampicina + Pirazinamida	2	25,0
Isoniazida + Etambutol + estreptomicina	2	25,0
Hidrazida + Rifampicina	1	12,5
Isoniazida + Pirazinamida + Estreptomicina	1	12,5
Total	8	100,0

Houve resposta ao tratamento quimioterápico específico em todos os casos. Os pacientes com fístula anal foram submetidos à tratamento cirúrgico (fistulectomia) após erradicação dos focos tuberculosos à distância pelo tratamento QT. Os pacientes com abscesso perianal TB não necessitaram de drenagem (Tabela VIII).

TABELA VIII - Tratamento realizado.

Diagnóstico	T r a t a m e n t o				N. de Casos	
	Só Clínico		Fistulectomia			
	N.	%	N.	%	N.	%
Abscesso Perianal	2	25,0	-	-	2	25,0
Fístula Anal	-	-	3	37,5	3	37,5
Abscesso e Fístula Anal	-	-	1	12,5	1	12,5
TB Retal	2	25,0	-	-	2	25,0
Total	4	50,0	4	50,0	8	100,0

Um paciente apresentou estenose anal como complicação, sendo este portador de fístula anal.

DISCUSSÃO

A TB intestinal é descrita na literatura como predominando no sexo feminino ^{1,5,14}, embora Shukla e cols. descreva em seu trabalho sobre fístulas anais tuberculosas predomínio do sexo masculino. No presente trabalho houve predomínio do sexo masculino, e a idade predominou acima dos 38 anos na TB anal e em torno dos 30 anos na TB retal, embora a literatura descreva um predomínio abaixo dos 50 anos ^{1,5,14,21}.

Quanto à sintomatologia, Gupta e cols. encontraram dor retal, tenesmo, sangramento através do reto, constipação, diarreia com sangue e muco, além de acentuada perda de peso nos seus 5 casos de TB retal. Chaudhary e cols. ⁴ descreve os sintomas de obstrução e constipação como frequentes, Lax e cols. ¹⁵ acrescentam febre persistente e sudorese noturna. Na presente série ambos os casos de TB retal apresentaram dor abdominal, náuseas, vômitos e emagrecimento. A duração dos sintomas foi de 3 semanas em 1 caso e 1 mês no outro. Nos casos descritos na literatura encontrou-se uma variação entre 4 meses e 8 meses de sintomatologia ^{13,15}.

O abscesso anal TB é usualmente do tipo perianal ou isquiorectal, e mais comumente apresenta-se como um tumor que é ligeiramente mole e vai aumentando de tamanho progressivamente, podendo romper e drenar secreção mais líquida do que propriamente piogênica. Porém, a sintomatologia pode também assemelhar-se a um abscesso piogênico ⁹. No presente estudo os abscessos foram perianais.

Shukla e cols. ²¹ estudaram 19 casos de fístula anal tuberculosa, tendo encontrado como sintomatologia supuração anal, edema

perianal e linfadenopatia inguinal, tendo a duração dos sintomas variado entre 10 dias e 5 anos.

Os abscessos e fístulas anais na presente série tiveram como sintoma predominante a dor ao evacuar, ocorrendo também emagrecimento, astenia, diarreia e muco nas fezes. A duração dos sintomas variou de 2 meses à 8 anos, situando-se a maioria abaixo de 2 anos (83,3%).

Com relação aos exames complementares, a positividade na pesquisa do BAAR depende do estágio da doença e da persistência na pesquisa. Isto pode ser exemplificado analisando-se a característica aeróbia do bacilo, o qual prolifera pouco no centro da necrose caseosa, onde o ambiente se torna anaeróbio. Mas quando o granuloma rompe, colocando a massa caseosa em contato com o ar, o bacilo prolifera e pode ser mais facilmente encontrado na bacterioscopia. A negatividade da bacterioscopia não descarta a possibilidade de TB devido à alta incidência de falsos-negativos 3,12,14,17,21.

Para Haddad e cols. 14 o diagnóstico de certeza só é feito com biópsia positiva, ou seja, com necrose caseosa, células epitelióides, células de Langhans, com ou sem presença do BAAR. Gupta e cols. 13 também estabelece a mesma como principal evidência diagnóstica, encontrando-a positiva nos seus 5 casos de TB retal, o que é confirmado por outros autores 4,15, embora Chaudhary e cols. 4 descreva 2 casos de TB retal cuja biópsia apresentou apenas processo inflamatório inespecífico.

Shukla e cols. 21 estabelecem como critério diagnóstico para fístula tuberculosa o exame histológico do trajeto fistuloso excisado com achado de necrose caseosa, células de Langhans e infiltração epitelial.

Na peritonite crônica tuberculosa, a biópsia do peritônio é positiva em 100% dos casos 12.

Nos organismos infectados com o *M. tuberculosis* ou vacinados com BCG, se instala, depois de 4 à 6 semanas a hipersensibilidade tuberculínica, caracterizando a viragem tuberculínica. O nível de hipersensibilidade será diretamente proporcional ao número de germes da carga infectante, à sua virulência e à capacidade de o organismo desenvolver hipersensibilidade tuberculínica, e inversamente proporcional à resistência natural e adquirida que o organismo opõe ao bacilo tuberculoso. Esta hipersensibilidade é avaliada através da prova intradérmica de Mantoux. A presença desta indica TB infecção e não propriamente doença. Esta prova pode ser falso negativa na presença de doenças ou estados anergizantes, como sarampo, gripe, tuberculose miliar e nos estados caquéticos ^{12, 17, 23}.

Hoon e cols. ¹², em 1950, estabeleceram como bases diagnósticas para a TB entérica a presença de positividade de um dos itens abaixo:

1. Cultura positiva para BAAR.
2. Demonstração de bacilos nas estruturas lesadas.
3. Demonstração de caseificação em exame histológico, reconhecendo-se que em certas fases a mesma pode faltar.
4. Descrição macroscópica dos achados cirúrgicos ou da peça, com caracterização histológica de TB.

Gupta e cols. ¹³ acrescentam como quinto critério diagnóstico a presença de resposta à QT antituberculosa.

Na presente série encontramos uma positividade na pesquisa de BAAR no escarro de 75,0% e na secreção anal de 50,0%. A biópsia foi sugestiva de TB nos 2 casos que a realizaram, o que confirma os dados da literatura. O exame histológico do trajeto fistuloso mostrou características de TB em 100,0%, confirmando os achados de Shukla e cols. ²¹. A prova intradérmica de Mantoux foi negativa em 3 pacientes; em um dos pacientes isto pode ser justificado pelo caso ser sugestivo de TB miliar, o que é suspeitado pela presença de TB retal com comprometimento de outras porções do tubo digestivo, do fígado, peritôneo e pleura (derrame pleural bilateral) com parênquima pulmonar normal.

Nem todos os pacientes tiveram estes exames positivos, por isso, o único critério diagnóstico positivo e comum à todos os 8 pacientes foi a resposta à QT antituberculosa.

O comprometimento ano-retal na TB é raro ^{1,4,15}. O envolvimento do trato digestivo é descrito por Gupta e cols. ¹³ em ordem de frequência: região íleo-cecal, íleo, nódulos linfáticos mesentéricos, reto e canal anal, ceco e cólon ascendente, apêndice, estômago, cólon transversal. Já Lax e cols. ¹⁵ descreve a seguinte ordem: íleo, cólon direito, jejuno, cólon descendente, sigmóide, reto, duodeno, estômago e esôfago. No presente trabalho encontramos 6 casos de TB anal e 2 casos de retal. Houve comprometimento das demais porções do trato digestivo apenas nos 2 casos de TB retal.

Shukla e cols. ²¹ referem 63% de recorrências nas fístulas anais TB, o que ocorre apenas em 1 caso nesta série.

A concomitância de TB ano-retal e pulmonar é descrita por vários autores ^{1,5,12,13,15,20,21}.

Para Goligher ²⁰, a TB anal é geralmente secundária à TB pulmonar, sendo adquirida mais frequentemente através do catarro contendo bacilos que, ingeridos ou levados ao ânus durante a higiene anal pelas mãos do paciente, propicia que os bacilos penetrem no tecido perianal através de pequenas fissuras do canal anal.

Rich ¹² afirma que a TB intestinal primária raramente produz TB pulmonar, admitindo, porém a possibilidade do inverso ocorrer. Quando o foco primário é pulmonar os bacilos ingeridos se perdem na saliva e fezes, necessitando de ingestão continuada de grande quantidade de bacilos para ocorrer disseminação por esta via. Para Gouveia ¹² o bacilo pode instalar-se na submucosa intestinal a partir de foco pulmonar via hematogênica, ou mais frequentemente via linfática.

O derrame pleural é descrito por Asraf e cols. ¹ como incidindo em 10% dos pacientes com TB pulmonar e em 50% quando o peritônio é envolvido. Este pode ser atingido por bacilos provenientes da parede intestinal infectada, dos linfonodos mesentéricos ou da disseminação hematogênica, podendo evoluir com peritonite TB ²².

Em nossa série encontramos TB pulmonar concomitante em 62,5% dos pacientes. Houve 1 caso de TB retal com comprometimento peritoneal que apresentou derrame pleural bilateral com parênquima pulmonar normal.

A TB ano-retal é classificada segundo seu aspecto macroscópico em ulcerativa, hiperplástica e úlcero-hiperplástica ¹³.

As úlceras frequentemente resultam da coalescência dos tubérculos rotos, após caseificação e expulsão do "caseum" para a luz intestinal. Como a formação das úlceras é lenta, surgem aderências que as bloqueiam, dificultando as perfurações. Esta forma ulcerativa pode ser confundida com doença de Crohn, e foi descrita como sendo usualmente secundária a TB pulmonar, embora isto seja atualmente questionável ^{12, 13, 14}.

O processo cicatricial pode dar-se com grande proliferação de fibroblastos, formando massas intestinais que podem chegar a causar obstrução, e que são confundidas com carcinoma. Esta é a forma hiperplástica da TB ¹². Na forma úlcero-hiperplástica evidencia-se componente ulcerativo e cicatricial ¹³.

Na presente série encontramos 1 caso de TB retal hiperplástica e 1 de úlcero-hiperplástica. Todos os casos de TB anal foram do tipo ulcerativo.

Quanto à QT antituberculosa, os medicamentos mais importantes são a rifampicina e isoniazida, seguindo-os o etambutol, a pirazinamida, a estreptomicina e o ácido paraminossalicílico (PAS); a

hidrazida não é mais utilizada devido à resistência do bacilo. A multiplicação lenta do bacilo (20 horas para os mais rápidos), facilita e permite a administração diária dos remédios. E dada a natureza das populações bacilares, o tratamento tem de ser demorado, ou seja, não mais de 2 anos, mas, no mínimo 6 à 9 meses ¹⁷.

A. de Paula ¹⁷ apresenta o seguinte esquema terapêutico:

- nos primeiros 2 meses: rifampicina + isoniazida + pirazinamida.
- nos 4 meses subsequentes: rifampicina + isoniazida.
- nos 3 últimos meses: isoniazida isolada.

Segundo Haddad e cols. ¹⁴, o tratamento clínico preconizado atualmente para TB intestinal não complicada é isoniazida e rifampicina por 9 à 18 meses. A resposta terapêutica é descrita como sendo melhor nos casos sem comprometimento pleuro-pulmonar ¹².

O tratamento cirúrgico das fístulas anais tuberculosas deve ser precedido de inativação do foco pulmonar com tratamento QT antituberculoso. Se não existe foco pulmonar ou outros focos à distância, o tratamento cirúrgico pode ser empreendido. O curso desta cirurgia e o manejo pós-operatório não difere da fístula comum, exceto que é costumeiro continuar o tratamento QT por 3 meses após a cirurgia ²¹.

Gupta e cols. ¹³ descrevem como tratamento para TB retal QT antituberculosa e colostomia temporária para alívio dos sintomas e repouso da região ano-retal. Neste estudo não usou-se este procedimento.

Na presente série houve boa resposta ao tratamento QT antituberculoso em todos os casos. Os pacientes com fístula foram tratados com fistulectomia, fazendo-se tratamento clínico prévio quando havia foco pulmonar ou à distância. Os casos de abscesso TB e TB retal receberam apenas tratamento clínico.

A estenose é complicação freqüente na TB retal, levando freqüentemente à obstrução ¹⁴.

Haddad e cols. ¹⁴ refere que em estudo realizado na Índia 6% das admissões hospitalares por perfuração intestinal são devidas à TB. As perfurações são descritas como incidindo mais durante a QT antituberculosa, o que pode ser devido às drogas antituberculosas levarem à mais fibrose, formando região avascular que predispõe à perfuração ¹.

Na presente série, apenas 1 paciente com fístula anal TB apresentou estenose anal como complicação.

CONCLUSÃO

1. O sexo masculino foi o mais comprometido.
2. Apesar de ser mais freqüente em pacientes jovens, pode comprometer também idosos.
3. O sintoma mais comum da TB retal é dor abdominal e da anal dor ao evacuar.
4. O diagnóstico da TB ano-retal pode ser feito com prova terapêutica. O exame histológico da lesão é positivo em 100,0% dos casos.
5. A concomitância de TB ano-retal e pulmonar é frequente.
6. A TB anal é mais frequente que a retal.
7. A presença de fístula e abscesso é frequente na TB anal.
8. A TB ano-retal responde bem ao tratamento quimioterápico específico. Nos casos cirúrgicos, o tratamento clínico deve ser feito antes da cirurgia e continuado até 3 meses depois.

SUMMARY

Eight patients presenting anorectal tuberculosis were studied, their picture, diagnostic criteria, associated pulmonary tuberculosis frequency, macroscopic kind of lesion, and clinical and surgical treatments being evaluated.

Men predominated at the rate of 3:1, the age being above 38 years in the majority of those patients with anal tuberculosis, and being of 33 and 38 years for rectal tuberculosis.

Pain on evacuation was the most frequent symptom for the anal form, abdominal pain, nausea, vomiting, and loss of weight predominating among the rectal form.

Bacillus alcohol acid fast analysis was performed on sputum (50,0%) and anal secretion (50,0%), biopsy (25,0%), histologic exam of the fistulous tract (50,0%), transit of the small intestine (37,5%), opaque enema (50,0%), Mantoux intradermal test (100,0%) and plain thoracic X-Ray (100,0%).

Pulmonary tuberculosis was found to be associated on 62,5%.

Macroscopic examination showed 1 case of ulcerative rectal tuberculosis and another one of ulcero-hyperplastic, all other cases being of the ulcerative kind.

Diagnostic confirmation was performed by the specific chemotherapeutic answer for 100,0% of cases.

Surgical treatment was performed on the 4 patients with anal fistula.

ANEXO

FICHA DE COLETA DE DADOS PARA TB ANO-RETAL

NÚMERO:___ REGISTRO:_____ HOSPITAL:_____

PROCEDÊNCIA:_____

1. NOME:_____ 2. SEXO:___ 3. IDADE:_____

4. RAÇA:___

5. SINAIS E SINTOMAS:

DOR ABDOMINAL ()

DOR AO EVACUAR ()

EMAGRECIMENTO ()

ANOREXIA ()

MASSA PALPAVEL ()

FEBRE ()

NAUSEAS E VÔMITOS ()

CONSTIPAÇÃO ()

DIARRÉIA ()

ASCITE ()

DISTENSÃO LOCAL ()

SUDORESE NOTURNA ()

TOSSE ()

PERISTALSE VISÍVEL ()

MUCO NAS FEZES ()

HEMATOQUESIA ()

ENTERORRAGIA ()

ASTENIA ()

OUTROS:_____

6. TEMPO DE SINTOMATOLOGIA:_____

7. EXAMES COMPLEMENTARES:

PESQUISA P/ BAAR (local, resultado):_____

BIÓPSIA (local, resultado):_____

TRÂNSITO DO DELGADO:_____

ENEMA OPACO:_____

PROVA INTRADÉRMICA DE MANTOUX (em mm):_____

8. OUTROS FOCOS DE TB:

- RAIO-X TÓRAX: COM TB PULMONAR ()

COM SEQUELA DE TB PULMONAR ()

SEM COMPROMETIMENTO PULMONAR ()

- TRATO DIGESTIVO (locais): _____

- OUTROS: _____

9. DIAGNÓSTICO: _____

10. CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO MACROSCOPIA: ULCERATIVA ()

HIPERPLASTICA ()

ÚLCER-HIPERPLASTICA ()

11. TRATAMENTO:

- ESQUEMA QT: _____

- CIRÚRGICO: _____

- RESPOSTA A QT: SIM () NAO ()

12. COMPLICAÇÕES: PERFURAÇÃO ()

ESTENOSE ()

OUTRAS ()

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. ASRAF, S.M., et alii. Tuberculous Bowel Perforations. The American Journal of Proctology, 27: 47-51, 1975.
2. BALIKIAN, J.P., et alii. Tuberculous colitis. The American Journal of Proctology, 28: 75-78, 1977.
3. BIGARD, M.. Tuberculous Perianal Ulceration. La Presse Medicale, 14: 231, 1985.
4. CHAUDHARY, M.S., et alii. Colorectal Tuberculosis. Diseases of the Colon and Rectum, 29: 738-741, 1986.
5. DAS, P., et alii. Clinical Patterns of Abdominal Tuberculosis. The American Journal of Proctology, 27: 75-86, 1975.
6. FULTON, J.O., et alii. Varicose Anorectal Tuberculosis. S. Afr. Med. J., 71: 108-109, 1987.
7. GOLIGHER, J.. Crohn's or Tuberculosis Abscess. In:-. Surgery of the Anus, Rectum and Colon. 5ª ed. London, Bailliére Tindall, 1985. p.176.
8. GOLIGHER, J.. Tuberculosis. In:-. Surgery of the Anus, Rectum and Colon. 5ª ed. London, Bailliére Tindall, 1985. p.179.
9. GOLIGHER, J.. Tuberculous Anorectal Abscess. In:-. Surgery of the Anus, Rectum and Colon. 5ª ed. London, Bailliére Tindall, 1985. p.172.

10. GOLIGHER, J.. Tuberculosis Anal Fístula. In:-. Surgery of the Anus, Rectum and Colon. 5ª ed. London, Baillière Tindall, 1985. p.180.
11. GOLIGHER, J.. Tuberculous Ulcer. In:-. Surgery of the Anus, Rectum and Colon. 5ª ed. London, Baillière Tindall, 1985. p.155.
12. GOUVEIA, O.F.. Tuberculose Entérica. Rio de Janeiro, Guanabara, 1973. 417pp.
13. GUPTA, A.S., et alii. Ano-rectal Tuberculosis Simulating Carcinoma. The American Journal of Proctology, 27: 33-38, 1976.
14. HADDAD, F.S., et alii. Abdominal Tuberculosis. Dis Colon Rectum, 30: 724-735, 1987.
15. LAX, J.D., et alii. Tuberculosis of the Rectum in a Patient With Acquired Immune Deficiency Syndrome. Report of a case. Dis Colon Rectum, 31(5): 394-397, 1988.
16. MARCONDES, M., et alii. Tuberculose. In:-. Clínica Médica. Propedêutica e fisiopatologia. 3ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1984. p.263-266.
17. PAULA, A.. Tuberculose. Jornal Brasileiro de Medicina, 55 (1): 74-100, 1988.
18. PAUL, L.W., et alii. Tuberculose Pulmonar. In:-. Interpretação Radiológica. 3ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1977. p. 699-713.
19. RICH, A.R. Puertas de Entrada. In:-. Patogenia de la Tuberculosis. Buenos Aires, Editorial Alfa, 1946. p.82-87.

20. RODIER, B., et alii. Tuberculose Colo Rectale. La Presse Medicale, 16: 539, 1987.
21. SHUKLA, H.S., et alii. Tubercular Fístula in Ano. Br J Surg, 75(1): 38-39, 1988.
22. STEAD, W.W., et alii. Tuberculose. In: Harrison. Medicina Interna. 10ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1984. p.1148-1159.
23. TARANTINO, A.B., et alii. Tuberculose. In:-. Doenças Pulmonares. 2ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982. p.373-435.

**TCC
UFSC
CC
0186**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0186

Autor: Corrêa, Maria Bern

Título: Tuberculose ano-retal : estudo



972804919

Ac. 253009

Ex.1 UFSC BSCCSM